

**ФГБУ ФНКЦ ФМБА России**  
**Академия постдипломного образования**

**Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии**

Фофанова Ю.С., Никифоров И.А.,  
Костюк Г.П., Приятель В.П., Бурьгина Л.А., Белова М.Ю.

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ:  
ТИПОЛОГИЯ, НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ,  
ТЕРАПИЯ.**

Учебное пособие

Москва – 2021

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО**

**АКАДЕМИЯ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И  
МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»**

«ОДОБРЕНО»

Решением ученого совета  
(протокол № \_\_\_\_\_)

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научной работе  
Академии постдипломного  
образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА  
России

\_\_\_\_\_ А.В. Кочубей

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ:  
ТИПОЛОГИЯ, НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ,  
ТЕРАПИЯ.**  
(Учебное пособие)

Москва 2021 год

**Рецензенты:**

**д.м.н., профессор Скворцова Елена Сергеевна**

**д.м.н., профессор Игумнов Сергей Александрович**

Фофанова Ю.С., Никифоров И.А., Костюк Г.П., Приятель В.П., Бурьгина Л.А., Белова М.Ю. «Патологические телесные сенсации: Типология, нозологическая принадлежность, терапия». - М.: 2020. - 38 с.

В данном учебном пособии представлены основные типы патологических телесных сенсаций – нарушений соматопсихической сферы, выражающихся в тягостных ощущениях, обусловленных психическими расстройствами. Описаны их основные клинические характеристики. Рассмотрены нозологические категории и синдромы, в рамках которых реализуется каждый из вариантов патологических телесных сенсаций. Предложены схемы терапии патологических телесных сенсаций, с учетом включающих их и смежных с ними симптомокомплексов.

Учебное пособие предназначено для врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических ординаторов и аспирантов, обучающихся по специальностям «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Психотерапия».

## СОДЕРЖАНИЕ

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ: ПОНЯТИЕ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЗНАЧЕНИЕ.	5
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ: ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАНТОВ, ИХ СИНДРОМОЛОГИЧЕСКАЯ И НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ.	6
Телесная гиперпатия.	7
Простые алгии.	8
Конверсии и конверсионные боли.	12
Телесные фантазии.	15
Сенестопатии и сенеталгии.	19
Коэнестезии и сенестезии.	24
Телесные галлюцинации.	26
Резюме.	27
ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ТЕЛЕСНЫХ СЕНСАЦИЙ.	29
Контрольные вопросы.	33
Список рекомендованной литературы.	34

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	Артериальное давление
ИРЛ	Истерическое расстройство личности
ПТС	Патологические телесные сенсации
СИОЗС	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ЧСС	Частота сердечных сокращений
ШРЛ	Шизотипическое расстройство личности

## **ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ: ПОНЯТИЕ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЗНАЧЕНИЕ**

Актуальность изучения аномалий соматопсихической сферы обусловлена как их значительной распространенностью, так и широкой вариабельностью проявлений, которые реализуются в рамках различных психических расстройств от невротического до психотического регистров (Александровский Ю.А., 1993; Van Hemert A.M. et al 1993; Смулевич А.Б., 2003; Крылов В.И., 2006). К проявлениям патологии телесной перцепции на клиническом уровне относятся патологические телесные сенсации (ПТС), или сенсопатии, под которыми понимают симптомы нарушения начального этапа чувственного познания, выражающиеся в тягостных телесных ощущениях при отсутствии или минимальной выраженности изменений в органах и тканях (Крылов В.И., 2006). Согласно наблюдениям, ПТС являются вторыми по частоте симптомами у пациентов амбулаторного психиатрического звена, а среди первично поступающих в психиатрические учреждения доля пациентов с нарушениями телесной перцепции достигает 40% (Violon A., 1987; Буренина Н.И., 1997).

В общесоматической практике также нередки обращения пациентов с жалобами на неприятные, часто мучительные, ощущения в теле, объяснить которые с точки зрения органной патологии не удастся (Смулевич А.Б., 2000; Собенников В.С., 2001; Лебедева В.Ф., 2007; Собенников В.С. и соавт., 2015). Так, по разным наблюдениям от 20 до 84% пациентов общей медицинской сети обращаются к врачам в связи апофатическими (Berrios G.E., Marcova J.S., 2006), или «отрицательными», то есть не имеющими соматического обоснования, патологическими ощущениями (Ромасенко Л.В., 1993; Смулевич А.Б. с соавт., 2000; Смулевич А.Б. с соавт., 2014; Собенников В.С., 2014). Вероятность того, что в большинстве случаев они связаны с психической патологией косвенно подтверждает тот факт, что значительная часть больных, обращающихся в медицинские учреждения соматического профиля (до 85%), страдает сопутствующими психическими заболеваниями

(Тиганов А.С., 1992; Андриющенко А.В., 2011; Краснов В.Н. и соавт., 2002). В этой связи интересным представляется исследование К.В. Bridges и D.P. Goldberg (1985), согласно которому более 80% пациентов с депрессией и тревогой, посещающие врачей общей практики, вначале предъявляют исключительно соматические жалобы (Bridges K.W., Goldberg D.P., 1985).

ПТС являются серьёзным бременем медицинской службы, так как до направления к психиатру и верификации диагноза пациенты подвергаются разносторонним лабораторным и инструментальным обследованиям, посещая в среднем 7-8 врачей разных специальностей, в связи с чем процесс дифференциально-диагностического поиска может затягиваться на несколько лет (Собенников В.С., 2001; Крылов В.И., 2006). По данным ретроспективных исследований до 50% пациентов с ПТС, обращающихся к врачам непсихиатрического направления, получают «ложносоматический» первичный диагноз, что приводит к необоснованным терапевтическим и хирургическим вмешательствам (Крылов В.И., 2006; Карлов В.А., 2010).

### **ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ: ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАНТОВ, ИХ СИНДРОМОЛОГИЧЕСКАЯ И НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ**

Традиционно выделяют гомономные и гетерономные телесные сенсации (таблица 1): гомономные обнаруживают феноменологическое сходство с ощущениями, вызванными реально существующей соматической патологией, тогда как гетерономные телесные сенсации лишены этого сходства – их отличает необычный характер (Смулевич А.Б., 2000; Собенников В.С., 2001; Крылов В.И., 2006).

Таблица 1. Характеристики и варианты гомономных и гетерономных ПТС.

Гомономные		Гетерономные
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Сходство с ощущениями, вызванными реально существующей соматической патологией.</li> <li>✓ Различие – не в основной характеристике ощущения модальности, а в количественных параметрах: интенсивности, продолжительности, топографической локализации ощущений.</li> <li>✓ В основе – процесс гиперперцепции (субъективно преувеличенного восприятия интероцептивных импульсов).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Имеют необычный характер.</li> <li>✓ Лишены сходства с «реальными» ощущениями.</li> <li>✓ В основе – феномен дисцепции (искаженного восприятия интероцептивных импульсов, нарушение модальности ощущений).</li> </ul>
Телесная гиперпатия; Простые алгии	Конверсионные боли; Сенесталгии	Конверсии; Телесные фантазии; Сенестопатии; Коэстезии и сенестезии; Телесные галлюцинации

### Телесная гиперпатия

Телесная гиперпатия – это «чрезмерное ощущение тела», то есть обостренное, несоразмерное по интенсивности восприятие реальных телесных ощущений, связанных с физиологическими процессами (Крылов В.И., 2006).

В основе телесной гиперпатии лежит сенсibilизация к физиологическим телесным ощущениям, гиперпатическая реакция на интероцептивные раздражители (Смулевич А.Б. и соавт., 1992; Крылов В.И., 2006). На клиническом уровне данные ПТС часто сочетаются с психической

гиперестезией – сверхчувствительностью к внешним раздражителям, утомляемостью(Смулевич А.Б. и соавт., 2009).

Телесная гиперпатия и психическая гиперестезия, как правило, возникают в структуре астенического синдрома, в свою очередь развивающегося в рамках расстройства адаптации, депрессии, ипохондрического расстройства, декомпенсации расстройства личности (Якубик А., 1982; Смулевич А.Б. и соавт., 1992; Крылов В.И., 2006).

В качестве примеров можно привести ощущение более сильных ударов сердца при нормальной сердечной деятельности или ощущение движения пищевого комка по пищеводу, а также обостренное восприятие ощущений, связанных с овуляцией и менструальным циклом (Тиганов А.С., 1992; Крылов В.И., 2006).

### **Простые алгии**

К гомономным ПТС относятся простые алгии, представляющие собой стойкие мономорфные болевые ощущения, для которых характерна локальность и четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям (Смулевич А.Б. и соавт., 1992; Фильц А.О., 1993).

Боль, как правило, имеет конкретную локализацию, тенденция к миграции наблюдается редко – с момента возникновения патологические ощущения обычно проявляются в неизменном виде, полностью определяя психопатологическую картину страдания (Фильц А.О., 1993; Крылов В.И., 2006).

Наиболее часто болевые ощущения затрагивают церебральную область, например, пациенты жалуются на «постоянную тупую головную боль» (Собенников В.С., 2001). В работах некоторых авторов указывается на преимущественно фациальную/краниальную проекцию хронических локализованных болей (ротовая полость, язык, волосистая часть головы), а

также висцеральную, например, в пищеводе, кишечнике, половых органах (Фильц А.О., 1993; Романов Д.В., 2014).

ПТС в форме простых алгий описываются авторами как осевой симптом соматоформного болевого расстройства (Лебедева М.О., 1992; Тиганов А.С., 1992), а также как одно из ведущих проявлений «маскированных» депрессий – витализации тоскливого и тревожного аффектов, когда витальная тоска приобретает физикальный характер и выступает в форме катестетического аффекта (термин, введенный В.А. Гиляровским, отражающий ассоциацию психопатологических расстройств с проприоцептивной чувствительностью) (Гиляровский В.А., 1946; Смулевич А.Б. и соавт., 2000).

В исследованиях, посвященных проблемам «скрытых» аффективных и психосоматических расстройств, представлены разнообразные «маски» ларвированных депрессий, среди которых описаны алгии– не связанные с нагрузкой боли в грудной клетке, не вызванная патологией пищеварительного тракта тупая боль в эпигастрии, напоминающие мигрень головные боли, зубные боли, не исчезающие после лечения и экстракции зубов (Лебедева М.О., 1992; Смулевич А.Б. с соавт., 2014; Собенников В.С., 2014).

Эпидемиологические исследования XXI века показывают, что современный патоморфоз психических болезней сказывается в увеличении удельного веса соматизированных форм депрессий в структуре аффективных расстройств (Краснов В.Н. и соавт., 2002; Крылов В.И., 2006). Около 80% таких пациентов лечатся у врачей общей практики, предъявляя лишь жалобы на боль, при этом наблюдается отрицание расстройств настроения, диссимуляция неблагополучия и психотравмирующей ситуации в микросреде; первичная негативная реакция на предложение психиатрической помощи (Краснов В.Н., 2002; Волель Б.А., 2009).

В случае соматизации тревоги пациенты нередко отмечают усиление интенсивности боли при пароксизмальном нарастании тревоги (Смулевич А.Б. и соавт., 1992; Краснов В.Н., 2011).

Тесная спаянность ощущений с доминирующим аффектом находит отражение в вербализации: так, в случае преобладания тоскливого аффекта пациенты описывают барический характер болевых ощущений – боль давящая, тянущая, тогда как превалирование тревоги часто находит выражение в алготермическом оттенке ощущений – боль жгучая, припекающая (Крылов В.И., 2006; Краснов В.Н., 2011). Кроме того, витализированным ощущениям присуща циркадная ритмика, параллельная динамике аффекта (Крылов В.И., 2006; Краснов В.Н., 2011). В частности, при меланхолической депрессии аутохтонное ухудшение самочувствия проявляется усилением давящей боли преимущественно по утрам, а при смешанных тревожно-депрессивных состояниях нарастание интенсивности тревоги сопровождается появлением или усилением жгучих болей как правило в вечерние часы (Крылов В.И., 2006; Собенников В.С. и соавт., 2015).

Было продемонстрировано, что простые алгии в клинике соматизированной дистимии существуют в рамках взаимодействия аффективных и тревожных расстройств при доминировании последних: алгические ощущения, монотонно существующие на фоне угнетенного настроения, усиливаются при внезапно возникающих панических атаках, протекающих с массивной вегетативной симптоматикой (диспноэ, тошнота, головокружение, тремор, потливость, абдоминальный дискомфорт) (Лебедева М.О., 1992; Собенников В.С. и соавт., 2015). Интересным представляется и тот факт, что, несмотря на быструю редукцию тревожных симптомов, именно симптоматика соматопсихического ряда приобретает при этом типе дистимии персистирующий характер и представляет трудности для терапии (Краснов В.Н., 2011).

Пациенты с простыми алгиями, реализующимися в рамках патологии соматоформного болевого и тревожно-депрессивных расстройств, как правило, демонстрируют стенический вариант болевого поведения – несмотря на выраженность болевого синдрома, они не обнаруживают признаков астенизации, напротив, у них выражено стремление к преодолению болезни, сохранению прежнего уровня профессиональной и социальной активности (Крылов В.И., 2006). Стойкой ипохондрической фиксации обычно не формируется – ипохондрические переживания в данном случае невротически кратковременны и «вторичны» по отношению к боли (Крылов В.И., 2006). Так, при расстройствах аффективного спектра в отличие от ипохондрических расстройств, протекающих с ПТС, ни тревожных опасений за свое здоровье, ни тем более убежденности в надвигающейся гибели от неизлечимой болезни не наблюдается (Смулевич А.Б., 2001; Волель Б.А., 2009).

Помимо тревожно-аффективных расстройств простые алгии могут быть формой реализации на телесном уровне ипохондрических расстройств (Смулевич А.Б., 2003; Волель Б.А., 2009). В публикациях описывается понятие моносимптоматической (*circumscripta*) ипохондрии, при которой локальные телесные сенсации (преимущественно идиопатические алгии) интерпретируются в качестве психопатологического феномена, определяющего круг ипохондрических расстройств (Смулевич А.Б., 2000; Волель Б.А., 2009).

Выделяют также «ипохондрическое развитие с телесными сенсациями», клиническая картина которого, по мнению автора, сопоставима с «моносимптоматической» («*circumscripta*») ипохондрией и ограничивается телесными сенсациями в виде простых алгий (Фильц А.О., 1993). Такие алгии появляются внезапно, без каких-либо предвестников, «застигая» больных врасплох, и быстро занимают доминирующее положение как в соматопсихической, так и в аутопсихической сфере самосознания (Фильц

А.О., 1993). Пациенты часто подчеркивают, что по своей мучительности они несопоставимы с болями, испытанными в прошлом (травмы, родовые схватки, экстракции зубов) (Фильц А.О., 1993; Смулевич А.Б., 2000). Для психопатологической квалификации таких простых алгий предложен специальный термин – «овладевающие ощущения», так как боль приобретает особую индивидуальную значимость и, вытесняя конкурирующие ощущения, становятся «центром притяжения» всей психической жизни – подобные ощущения персистируют не только в соматопсихической, но и аутопсихической сфере, выступая в виде проявлений, сходных с навязчивыми образованиями и напоминающих по степени охваченности развертывающиеся в аутопсихической сфере овладевающие представления (Смулевич А.Б. и соавт., 1992; Фильц А.О., 1993; Крылов В.И., 2006; Волель Б.А., 2009).

Пациенты с овладевающими ощущениями всецело погружены в борьбу с болью, что часто выражается в потребности в хирургических вмешательствах (Волель Б.А., 2009). Охваченность алгиями при ограниченной (*circumscripta*) ипохондрии сопровождается непреодолимой потребностью к избавлению от мучительных ощущений любым путем, вплоть до самоповреждений, самоувечий (Смулевич А.Б. и соавт., 2014).

### **Конверсии и конверсионные боли**

Конверсионные патологические ощущения могут быть похожи на парестезии (ощущения онемения, жжения, покалывания, «бегания мурашек»), а могут выражаться в форме болевых ощущений (Якубик А., 1982). Отдельные клиницисты прошлого века считали боли самым частым симптомом истерии (Якубик А., 1982). Для обозначения «истерических» болей обычно используют термин «истералгии» (Крылов В.И., 2006). Ряд авторов для определения болевого синдрома истероконверсионного происхождения также используют термин «психалгии» (Смулевич А.Б. и соавт., 1992; Фильц А.О., 1993).

Большинство исследователей в настоящем, уделяя внимание псевдоневрологическим нарушениям, мало изучают болевые синдромы, хотя многие из них свидетельствует о частой встречаемости боли при истерии (Крылов В.И., 2006). Алгии этого типа, возникнув по психогенным механизмам, уже с момента манифестации обнаруживают тесную взаимосвязь с конверсионными и психовегетативными (соматизированными) расстройствами (Смулевич А.Б., 1992; Лебедева В.Ф., 2007). При этом сопутствующие болевым ощущениям конверсионные и психовегетативные нарушения беспокоят пациентов в не меньшей мере и составляют с алгиями единый комплекс жалоб, заставляющих пациентов обращаться за помощью (Смулевич А.Б., 1992).

Подчеркивается нестойкий характер конверсионных ПТС: при переключении внимания на значимые для больного виды деятельности болевые ощущения либо уменьшаются в своей интенсивности, либо вовсе дезактуализируются (Фильц А.О., 1993).

ПТС в виде конверсий, истералгий могут затрагивать любые части тела, особенно часто локализуются в голове (так называемые истерический «гвоздь» и истерическая «каска»), верхних конечностях и в грудной клетке (Якубик А., 1982; Смулевич А.Б., 1992).

В монографии А. Якубика «Истерия» (1982) автор указывает следующие ключевые свойства истерических ПТС: 1) отсутствие точной локализации (располагаются в соответствии с представлениями о собственном теле), изменчивость и несовпадение с распределением иннервации; 2) отсутствие нарушений функции, которые обычно сопутствуют органическим болям (например, мышечный спазм, ограничение движений, вынужденное положение конечности и т. п.); 3) отсутствие нарушений сна, связанных с болями, несмотря на сильные страдания во время бодрствования; 4) отсутствие характерных для органических болей типичных эмоциональных реакций; 5) сочетание с другими истерическими дисфункциями, особенно

двигательными (например, парезы) или чувствительными (например, потеря осязания); б) вероятность уменьшения боли при использовании плацебо и сохранение ее, несмотря на применение мощных анальгетиков (Якубик А., 1982).

Кроме того, конверсионным ПТС присущи другие свойства общие для истерических расстройств чувствительно-двигательной сферы: 1) чрезмерность, нетипичность (описание ощущений и переживаний больных отличается особой яркостью, красочностью, образностью); 2) особая динамика (изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения, быстрое и неожиданное исчезновение); 3) изменчивость клинической картины в зависимости от исторической эпохи, уровня медицинских знаний и социально-культуральных условий; 4) широкие возможности подражания любым болезням или наслоения на их течение; 5) обогащение и расширение круга симптомов под влиянием новой информации; 6) демонстративный характер (интенсификация болевых ощущений в присутствии значимых окружающих); 7) рентный характер (реализация потребности «быть больным») (Якубик А., 1982).

Достаточно часто отмечают трансформацию конверсий в телесные фантазии с устойчивыми предметно-пространственными характеристиками (Буренина Н.И., 1997; Якубик А., 1982).

Характерным для конверсий является астенический вариант болевого поведения – стремление к ограничению нагрузок, щадящему образу жизни, профилактическим мероприятиям по укреплению здоровья (Крылов В.И., 2006). В работах, посвященных изучению болевых синдромов при конверсионном расстройстве, показано, что при одинаковой интенсивности «психогенной» и органической боли (согласно валидизированным опросникам) пациенты с психалгией демонстрируют более выраженную социальную дезадаптацию (степень инвалидизации, многочисленные травмы и госпитализации), используют для описания болевых ощущений

значительно больше слов-дескрипторов с большей аффективной насыщенностью, тенденцией к катастрофизации, направленной на привлечение внимания окружающих (Якубик А., 1982; Фильц А.О., 1993; Лебедева В.Ф., 2007).

Наблюдения показывают, что манифестация конверсионных ПТС бывает тесно сопряжена с проявлениями тревожно-фобических и ипохондрических синдромов, неразрывно связанных с яркими, образными представлениями о худшем исходе заболевания (Якубик А., 1982; Фильц А.О., 1993). Патологические ощущения нарастают при усилении тревоги в моменты актуализации психогений (Якубик А., 1982; Фофанова Ю.С. и соавт., 2018). ПТС в форме конверсий и истералгий наиболее часто возникают в рамках тревожно-аффективных фаз и реакций у пациентов с ИРЛ, ШРЛ (Якубик А., 1982; Фильц А.О., 1993; Фофанова Ю.С. и соавт., 2018).

### **Телесные фантазии**

Странные, необычные, вычурные ощущения фантастического характера, имеющие предметную организацию и четкую пространственную ориентацию, на современном уровне знаний расцениваются как телесные фантазии (Буренина Н.И., 1997; Крылов В.И., 2006).

Эти ПТС долгое время не имели однозначной психопатологической квалификации и рассматривались в рамках различных психопатологических категорий (сенестопатий, телесных галлюцинаций, расстройств схемы тела) (Буренина Н.И., 1997).

Наиболее полно феномен телесных фантазий изучен и представлен в диссертационной работе Н.И.Бурениной (1997), в которой были определены типология, а также синдромальная и нозологическая коморбидность этих сенсопатий (Буренина Н.И., 1997).

К основным признакам психопатологической структуры телесных фантазий отнесены: 1. формально-геометрическая организация – возможность

субъективной параметрической оценки ощущения (по форме, объему, размерам и пр.); 2. пространственная локализация – четкая соотносимость ощущений с определенным органом или физиологическим процессом; 3. динамические характеристики – изменчивость, подвижность, сопряженность с эмоциональным состоянием пациента и внешними обстоятельствами; 4. аллегоричность, образность, метафоричность описания ощущений и аффективная насыщенность последних; 5. отдельные свойства "предметности" – когда ощущение достигает уровня восприятия некоторых качеств физических явлений и объектов (Буренина Н.И., 1997; Крылов В.И., 2006).

Поведение пациентов с жалобами на подобные фантастические ощущения часто отличается отчетливой истероформной окраской: демонстративность, театральность, склонность к чрезмерной драматизации собственного страдания (Иванов С.В., 2002).

Согласно описаниям Н.И.Бурениной психопатологическая структура телесных фантазий гетерономна: автором выделено два типа телесных фантазий – эмотивные и перцептивные (Буренина Н.И., 1997). Эмотивные телесные фантазии отличает образность, перцептивная незавершенность, красочность, демонстративность, лабильность, избыточная драматизация, прототипы ощущений заимствуются из опыта близких людей или собственного, характер ПТС отражает представления больных о процессах, происходящих в организме; в описании ощущений преобладают наглядные сравнения и характеристики, взятые из бытовых ситуаций (Буренина Н.И., 1997). Перцептивные телесные фантазии и их вербальные эквиваленты отличаются сложным построением, с использованием механистических конструкций, вычурной схематизацией и утрированной детализацией – это целая система разнообразных, сменяющих друг друга ощущений, проявления которых подражают «физиологическим процессам», приобретающим особый, специфический характер – например, «хлопанье пузырьков в

бронхах, сменяющееся разливанием горячей, липкой жидкости» (Буренина Н.И., 1997) В отличие от эмотивных, подверженных видоизменению под влиянием внешних факторов, перцептивные телесные фантазии характеризуются стереотипностью и стабильностью (Буренина Н.И., 1997).

Автор подчеркивает необходимость дифференцировать телесные фантазии от сенестопатий, в том числе фантастических, наблюдаемых преимущественно на отдаленных стадиях прогрессивного эндогенного процесса. В отличие от сенестопатий, имеющих беспредметный, сенсорно и пространственно недифференцированный характер, телесные фантазии характеризуются наличием свойств, относящихся к эпикритическому уровню чувствительности, – пространственной структурированности, локальности, объемности и т.д. (Буренина Н.И., 1997). В клинической интерпретации телесные фантазии отражают менее глубокий, чем эссенциальные сенестопатии, уровень поражения психической деятельности (Крылов В.И., 2006). В отличие от телесных галлюцинаций предметность телесных фантазий лишена «объективности» приобретает характеристики «как будто», «как если бы», то есть первично воспринимаются лишь отдельные качества предмета, которые затем на основе представления объединяются в целостный образ, не воспринимаемый как реальное явление (Буренина Н.И., 1997).

В диссертационной работе Д.В. Романова (2014) телесные фантазии были описаны в клинике психических расстройств в дерматологической практике как «мучительные сенсации», проецируемыми в глубину кожного покрова (Романов Д.В., 2014). Эти воображаемые объекты, «внедряющиеся, имплантированные» в толщу кожи, отличаются образностью, метафоричностью, имели формально-геометрическую организацию и отдельные свойства «предметности» с локализацией, четко соответствующей пространству кожного покрова (Романов Д.В., 2014).

В анализируемых автором клинических наблюдениях жалобы пациентов приводятся с акцентом условности: «словно мембрана, прикрепленная к

небу», «смятый комок бумаги внутри челюсти», «тяжи, отходящие от десен», «тонкие нити, идущие от костей к лицевым мышцам и до боли их растягивающие», репрезентация сенсопатий отличается «образностью, яркостью, изменчивостью, избыточной драматизацией» (Романов Д.В., 2014).

Телесные фантазии манифестируют в рамках психогенно спровоцированных депрессий у личностей драматического кластера и редуцируются при разрешении психотравмирующей ситуации по мере регрессии депрессивной симптоматики (Романов Д.В., 2014). В целом истероидные преморбидные черты личности, определяющие склонность к визуализации представлений и превращению мыслительных образов в ощущения, диктуют некоторый аффинитет к возникновению ПТС в форме телесных фантазий (Крылов В.И., 2006). Нозологическая коморбидность телесных фантазий, согласно результатам исследования Бурениной Н.И., представлена расстройствами пограничного уровня (фазами, реакциями, развитиями в рамках динамики ИРЛ и ШРЛ), истерошизофрений с нарастанием психопатоподобного дефекта и малопрогрессирующей шизофренией с формированием дефекта по типу «verschoben» (Буренина Н.И., 1997). При декомпенсациях ИРЛ, представленных депрессивно-ипохондрическими состояниями, возникновению телесных фантазий часто предшествуют алгические ПТС, длящиеся от нескольких месяцев до 1,5 лет (Буренина Н.И., 1997; Романов Д.В., 2014). В рамках истерошизофрении клиническая картина до возникновения телесных фантазий также нередко определяется сочетанием алгических и конверсионных расстройств с фобическими, однако в некоторых наблюдениях телесные фантазии выявляются уже в дебюте заболевания в структуре истеро-ипохондрических расстройств, к которым в последующем присоединяются вегетативная и конверсионная симптоматика (Буренина Н.И., 1997).

## **Сенестопатии и сенестоалгии**

Ощущения странного, необычного, мучительного характера относят к сенестопатиям (Собенников В.С., 2001; Крылов В.И., 2006). Это гетерономные телесные сенсации – крайне тягостные ощущения, чужеродные по отношению к нормальному восприятию собственного тела, не соответствующие по своей локализации конкретным анатомическим образованиям и не имеющие прецедента в прошлом опыте больного (Смулевич А.Б., 2003; Парпара М.А., Бобров А.Е., 2014).

Они непрерывно беспокоят больного, иногда обнаруживая тенденцию к аутохтонной динамике интенсивности (Смулевич А.Б., 2003; Крылов В.И., 2006; Парпара М.А., Бобров А.Е., 2014).

Пациенты о них говорят красочно, образно, вычурно, часто пользуясь неологизмами (Смулевич А.Б., 2003).

А.В. Снежневский описывал сенестопатии как разнообразные, крайне неприятные ощущения стягивания, жжения, выкручивания, переливания, переворачивания, щекотания и пр., исходящие из различных областей тела, отдельных внутренних органов и не имеющие определяемых соматических причин (Снежневский А.В., 1983).

По мнению некоторых авторов, клинические признаки, позволяющие отграничить сенестопатии от других вариантов нарушений телесной перцепции, долгое время были четко не определены и в литературе под сенестопатиями понимали достаточно широкий спектр патологических телесных ощущений, таким образом, термин «сенестопатии» длительно употреблялся, скорее, как родовое понятие по отношению к различным вариантам нарушений телесной перцепции (Крылов В.И., 2006). Тем не менее, рядом авторов были предприняты попытки ввести критерии для верификации сенестопатий. В частности, G. Huber в 1957г. предложил критерии, согласно которым сенестопатиям присущи: 1. Субъективная

новизна и отличительность ощущений: ощущения воспринимаются как «что-то новое, раньше не пережитое». 2. Трудность в описании ощущений: пациенты передают ощущения с большим трудом, прибегают к сравнениям, многие из них используют для определения, самостоятельно придуманные слова. 3. Быстрая амнезия пережитых сенестопатий (факультативный критерий): некоторые пациенты почти сразу после исчезновения ощущений не могут о них рассказать, другие вспоминают о пережитом лишь смутно и не могут передать подробности (Huber G., 1957).

Одна из фундаментальных работ, на основании которой построены современные представления о сенестопатиях, – монография И.Р. Эглитиса (1977). Так, опираясь на описания И.Р. Эглитиса, сегодня исследователи выдвигают следующие критерии сенестопатий: 1. Сенсорная недифференцированность ощущений: преобладание протопатической чувствительности определяет малодифференцированный по модальности характер ощущений. 2. Субъективная новизна ощущений. 3. Затруднения при вербализации переживаний: трудности при вербализации испытывают не отдельные пациенты, а все без исключения, поиск больными аналогий, сравнений, метафор, аллегорий для описания переживаний представляет «попытку объяснить необъяснимое»), при описании ощущений часто используются вычурные эпитеты, неологизмы, что, в частности, связано с изменчивостью ощущений – больные «не успевают прочувствовать ощущения». 4. Крайняя степень чувственной насыщенности ощущений: неразделимость сенсорного и аффективного компонента ощущений (Эглитис И.Р., 1977; Крылов В.И., 2006; Парпара М.А., Бобров А.Е., 2014). К факультативным признакам сенестопатий относят: 1. Полиморфизм ощущений: патологические ощущения могут иметь мономорфный или полиморфный характер, при этом в одних случаях сенестопатии длительное время сохраняют определенную модальность, в других – наблюдается постоянное изменение характера ощущений. 2. Отсутствие четкой

пространственной локализации. 3. Мигрирующий характер ощущений: в некоторых случаях сенестопатии в течение длительного времени сохраняют определенную локализацию, однако в большинстве случаев патологические ощущения имеют тенденцию перемещаться, распространяться, мигрировать (Эглитис И.Р., 1977; Крылов В.И., 2006; Смулевич А.Б., 2014).

В монографии И.Р.Эглитиса (1977) автор утверждает, что сенестопатии чаще всего бывают полиморфными в отношении проявлений и множественными в отношении локализации (Эглитис И.Р., 1977). Они могут появляться в одном месте и затем распространяться на другие части тела (генерализовываться), исчезать в месте возникновения и появляться в другом. В ряде случаев сенестопатии длительное время могут персистировать в ограниченной области тела, что чаще всего наблюдается на этапах, когда они проявляются как моносимптом (Эглитис И.Р., 1977). Данный феномен рассматривается в рамках *circumscripta* ипохондрии. Появляясь в кожных покровах и мышцах, ощущения в дальнейшем могут перемещаться в область внутренних органов, что, по мнению ряда авторов, отражает тенденцию к неблагоприятному течению болезни, тогда как миграция сенестопатий с внутренних органов к поверхностным участкам тела, напротив, рассматривается в качестве прогностически благоприятного признака (Смулевич А.Б., 2000; Крылов В.И., 2006).

Несмотря на то, что, согласно наблюдениям большинства исследователей феномена сенестопатий, эти ПТС не имеют четкой очерченной локализации, диффузны (Эглитис И.Р., 1977; Смулевич А.Б., 1992; Крылов В.И., 2006), в отдельных работах описаны сенестопатии с более определенной пространственной ориентацией («жгуты твердой боли в мышцах», ощущения, напоминающие «глубокую рану», ноющие «кольцеобразные» ощущения) (Смулевич А.Б., 1992; Крылов В.И., 2006), что сближает их с телесными фантазиями (Буренина Н.И., 1997).

На основании феноменологического принципа И.Р.Эглитисом были выделены следующие клинические варианты сенестопатий: 1. Сенестопатии с кинестетическими характеристиками (ощущения перемещения, вибрации, пульсации, скручивания и пр.). 2. Сенестопатии с термическими характеристиками (ощущение горения, холода). 3. Сенестопатии с барическими характеристиками (ощущения давления, сжатия, растяжения, напряжения). 4. Сенестопатии с ощущением изменения геометрических характеристик – длины, ширины, размеров внутренних органов. 5. Сенестопатии с ощущением нарушения целостности органов и тканей (ощущения расхождения, расслоения, разрыва) (Эглитис И.Р., 1977; Крылов В.И., 2006).

Автор дифференцировал сенестопатии на «истинные» (типичные сенестопатии, соответствующие основному определению), «элементарные» (расстройства восприятия, похожие на обычные болевые ощущения у соматически больных пациентов, в дальнейшем имеющие тенденцию превращаться в «истинные») и «фантастические» (для описания которых больные пользуются необычными, даже фантастическими сравнениями, т. е. кроме расстройств в сфере ощущений наблюдаются также расстройства в сфере мышления) (Эглитис И.Р., 1977).

По динамике сенестопатии были подразделены на пароксизмальные, фазные и хронические сенестопатии. При этом пароксизмальные сенестопатии, как правило, имели свойства «элементарных», тогда как сенестопатии с фазным течением – «истинных» и «фантастических» (Эглитис И.Р., 1977).

Наиболее часто сенестопатии локализуются в голове и грудной клетке, в последнюю очередь – в конечностях (Эглитис И.Р., 1977; Собенников В.С., 2001). Локализуясь в пределах головы, они, как правило, затрагивают области лба, носа, глаз, щек и затылка, а также ротовую полость – глотку, язык. При менее четкой проекции ощущений пациенты могут жаловаться на

патологические ощущения внутри головы (Эглитис И.Р., 1977; Смулевич А.Б., 1992).

Многие авторы рассматривают сенестопатии как симптом, тяготеющий к расстройствам шизофренического спектра, который составляет единый феноменологический ряд с коэнестезией, сенестезией, соматопсихической деперсонализацией, галлюцинациями общего чувства, сенестопатическими и моторными автоматизмами (Смулевич А.Б., 1992; Собенников В.С., 2014). Тем не менее существуют исследования, согласно которым элементарные сенестопатии могут быть симптомом «маскированной» депрессивных фаз, а эссенциальные сенестопатии – входить в структуру более сложных депрессивных синдромов преимущественно у пациентов с ШРЛ (Эглитис И.Р., 1977; Крылов В.И., 2006; Парпара М.А., Бобров А.С., 2014).

Сенестоалгии («локальные сенестопатии») рассматривают как переходный, «промежуточный», феномен между простыми алгиями и сенестопатиями (Крылов В.И., 2006; Волель Б.А., 2009). Основная модальность телесного ощущения сохранена, поэтому их в полной мере невозможно отнести ни к гомономным ПТС, ни к гетерономным (Парпара М.А., Бобров А.С., 2014). В отличие от боли телесные ощущения приобретают необычный, атипичный характер, в описаниях преобладают вычурные определения, передаваемые в динамике с помощью аллегорических сравнений (Колюцкая Е.В., Ильина Н.А., 2010). Больные подчеркивают своеобразие и тягостность ощущений, отсутствие подобных нарушений в прошлом, и при направленном расспросе уточняют, что испытывают боль с ощущением свербения, выкручивания, раздиранья и пр. (Крылов В.И., 2006, Волель Б.А., 2009).

Согласно наблюдениям, сенестоалгии наиболее часто имеют церебральную, торакальную и абдоминальную локализацию (Парпара М.А., Бобров А.С., 2014).

Сенестоалгии описаны как в клинике шизофрении в рамках сенестопихондрического синдрома (Коллюцкая Е.В., Ильина Н.А., 2010), так и в структуре эндогенных депрессивных фаз и реакций как витализация аффекта, как правило, при ШРЛ (Парпара М.А., Бобров А.С., 2014).

### **Коэнестезии и сенестезии**

Некоторые авторы определяют самостоятельный психопатологический ряд нарушений чувственного осознания соматического «Я», включающий расстройства общего чувства тела (протопатические, висцеральные, гаптические, термические, кинестетические, витальные ощущения) и восприятия физиологических и патологических процессов, в нем происходящих, а также другие соматосенсорные расстройства (психовегетативные, органоневротические, аллопатические) (Смулевич А.Б., 2000; Волель Б.А., 2009; Собенников В.С., 2014).

Коэнестезии (производное от греч. *koiné aesthesis* – «общее чувство», термин был предложен Johann Christian Reil в 1794 году для обозначения «средств, с помощью которых душа получает информацию о состоянии тела») – нарушение общего телесного чувства с переживанием тотального телесного дискомфорта (Huber G., 1957; Смулевич А.Б., 2014).

Как и в случае сенестопатий, эти ощущения необычны, несравнимы с ранее испытываемыми, вычурно представляемые пациентами, однако в отличие от сенестопатий коэнестезии всегда диффузны, не имеют четкой локализации (Собенников В.С., 2001; Смулевич А.Б., 2000; Собенников В.С., 2014).

В качестве примера коэнестезии можно привести ощущения «тяжести и вращения в теле», «пустоты и легкости внутри тела».

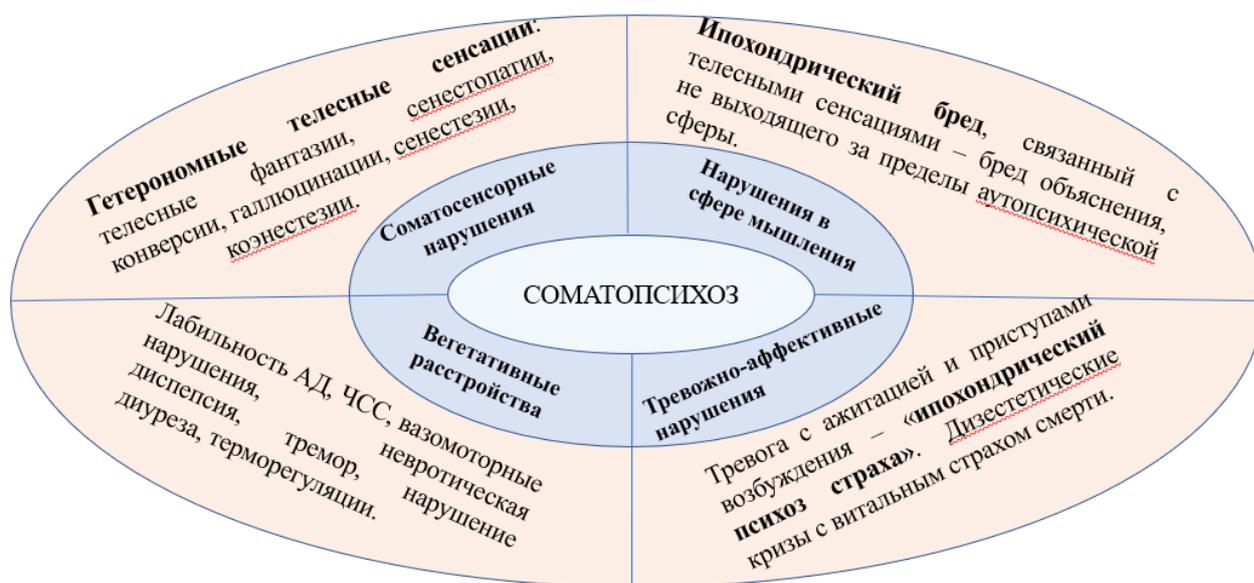
Сенестезии (лат. *se* – отделение, греч. *aesthesia* – ощущение) – диффузное субъективное ощущение нарушения моторной функции, движений, необычное, трудно определяемое, вычурно описываемое (Смулевич А.Б. и соавт., 1992; Собенников В.С., 2001; Собенников В.С., 2014).

К клиническим примерам относятся ощущение шаткости походки: «забрасывает», «уводит в сторону», ощущение «проваливания почвы под ногами», ощущение при движении «как плыву или иду по вате».

В основе коэнестезий и сенестезий лежит сочетание нарушений интероцептивных и проприоцептивных ощущений, явления соматопсихической деперсонализации, дереализации (Волель Б.А., 2009; Собенников В.С., 2014). Общим клиническим признаком является неопределенный малодифференцированный характер ощущений.

Сенестезии и коэнестезии вместе с другими ПТС и сопутствующими тревожно-фобическими и аффективными синдромами описаны в структуре ипохондрического тревожного психоза (соматопсихоза), при котором тревога с ажитацией и приступами возбуждения сопровождается ощущениями крайне тягостного телесного неблагополучия (Смулевич А.Б. и соавт., 1992; Волель Б.А., 2009). При этом телесные сенсации возникают остро, внезапно, часто после соматогенной провокации, они массивны и чрезвычайно мучительны, охватывают в первую очередь жизненно важные области – сердце, голову и принимают форму соматической катастрофы, и, полностью овладевая сознанием, сопровождаются предчувствием физической гибели (Смулевич А.Б. и соавт., 1992). Параноидная составляющая соматопсихоза определяется ипохондрическим бредом, при этом ложные идеи тесно связаны с телесными сенсациями и приобретают, согласно С. Wernicke (1900), характер бреда объяснения, формирующегося в пределах симптомокомплексов коэнестезиопатического ряда, и не выходят за пределы аутопсихической сферы (Wernicke С., 1900; Смулевич А.Б., 2014). В настоящее время соматопсихоз рассматривают как комплексное психопатологическое образование, объединяющее целую группу состояний, которое может определять клиническую картину ипохондрических депрессий, психозов климактерического периода, сенестопатической шизофрении (Волель Б.А., 2009; Смулевич А.Б., 2014) (рисунок 1).

Рисунок 1. Соматопсихоз – коэнестезиопатические расстройства с явлениями экзистенциального криза.



### Телесные галлюцинации

Телесные галлюцинации дифференцируются на висцеральные и тактильные. Висцеральные галлюцинации (галлюцинации общего чувства) – ложное ощущение присутствия внутри тела инородных тел, живых существ, ощущение дополнительных внутренних органов, «вшитых приборов», других предметов. Отличаются от сенестопатий телесностью, предметностью (Эглитис И.Р., 1977; Снежневский А.В., 1983; Крылов В.И., 2006; Смулевич А.Б. и соавт., 2014). Тактильные галлюцинации – ощущения неприятного прикосновения к телу (термические галлюцинации), появления на теле влаги, жидкости (гигрические галлюцинации), ощущения схватывания, сжимания (гаптические галлюцинации). Часто – в ротовой полости (присутствие волос, крошек, проволочек) (Эглитис И.Р., 1977; Снежневский А.В., 1983; Крылов В.И., 2006; Смулевич А.Б. и соавт., 2014).

Телесные галлюцинации характеризует полное отсутствие критики: больные убеждены в наличии того или иного предмета внутри тела. «Чувствую и вижу гвоздь, забитый в сердце». Ассоциированная симптоматика, в случае псевдогаллюцинаторной природы, представлена идеаторными и

двигательными компонентами синдрома психических автоматизмов (чувство сделанности, наведенности), бредовыми идеями, в т.ч. из персекуторной группы (Снежневский А.В., 1983; Крылов В.И., 2006; Смулевич А.Б. и соавт., 1992).

Телесные псевдогаллюцинации реализуются в рамках расстройств шизофренического спектра: при параноидной шизофрении (висцеральные галлюцинации сопряженные с бредовыми идеями, психическими автоматизмами), при ограниченной («circumscripta») ипохондрии – «коэнестезиопатической паранойе» (тактильные галлюцинации в пределах ограниченной области с динамикой из сенестопатий, овладевающих ощущений, сочетаются с паранойяльными образованиями, например, дерматозойный бред, аутоагрессивным поведением) (Смулевич А.Б. и соавт., 1992; Буренина Н.И., 1997; Крылов В.И., 2006; Романов Д.В., 2014).

Телесные истинные галлюцинации манифестируют как симптом алкогольных и интоксикационных психозов (мнимое присутствие волоса в полости рта – характерный симптом при отравлении тетраэтилсвинцом, мнимые ощущения под кожей мелких предметов, кристаллов, насекомых – симптом Маньянапри кокаиновых психозах), так и как проявление резидуально-органических психозов (тактильных галлюциноз позднего возраста) (Смулевич А.Б. и соавт., 1992; Крылов В.И., 2006; Романов Д.В., 2014).

## **Резюме**

По мнению некоторых авторов, сходство основных феноменологических характеристик различных вариантов ПТС дает основание предполагать, что они представляют собой психопатологический континуум последовательно утяжеляющихся симптомокомплексов – от невротического уровня поражения психической деятельности до нарушения субпсихотического и психотического уровня – представляющих, однако, самостоятельные, не

облигатно сменяющие друг друга, психопатологические явления (Смулевич А.Б., 1992; Крылов В.И., 2006). Так, гиперпатия, простые алгии и истералгии наиболее часто манифестируют в рамках аффективных, тревожно-фобических расстройств и декомпенсаций психопатий (Колюцкая Е.В., 1993; Фильц А.О., 1993). Алгии, достигающие уровня овладевающих ощущений, наряду с телесными фантазиями, нередко наблюдают в клинике ограниченной ипохондрии (Смулевич А.Б., 1992; Фильц А.О., 1993; Фролова В.И., 2006; Волель Б.А., 2009; Романов Д.В., 2014). Фазы, реакции и развития при расстройствах личности (преимущественно драматического кластера) могут также сопровождаться телесными фантазиями (Буренина Н.И., 1997; Смулевич А.Б., 2014). К процессуально обусловленным расстройствам телесной перцепции, как правило, относят сенестопатии, в особенности фантастического характера, телесные псевдогаллюцинации, сенестезии и коэнестезии (Смулевич А.Б., 1992; Смулевич А.Б. и соавт., 2007; Волель Б.А., 2009; Смулевич А.Б., 2014), однако телесные фантазии, овладевающие ощущения и истералгии также можно встретить в клинике малопрогрессирующих форм шизофрении (Серебрякова Е.В., 2007; Волель Б.А., 2009).

По мере прогрессирования заболевания нередко наблюдают видоизменение ПТС – переход в пределах континуума от невротического к психотическому полюсу (Иванов С.В., 2002; Крылов В.И., 2006). Так, в диссертационной работе Иванова С.В. (2002) было продемонстрировано, что через 3-4 года после манифестации эндогенного заболевания алгии, в рамках органоневротической патологии, утрачивали связь с соответствующей органной локализацией и вегетативными проявлениями и трансформировались в сенестоалгии, а в наиболее тяжелых случаях – в сенестопатии, лишаясь даже отдаленного сходства с соматической патологией, что сопровождалось и усложнением картины ипохондрии (Иванов С.В., 2002).

## ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ТЕЛЕСНЫХ СЕНСАЦИЙ

Исследования ПТС разных лет показали, что лечение пациентов с ПТС следует проводить с учетом следующих установленных закономерностей и принципов (Фильц А.О., 1993; Буренина Н.И., 1997; Крылов В.И., 2006; Волель Б.А., 2009; Смулевич А.Б., 2014; Романов Д.В., 2014; Собенников В.С. и соавт., 2015; Фофанова Ю.С. и соавт., 2018):

1. Схемы психотропного лечения должны подбираться с учетом нозологических и синдромологических категорий, в рамках которых они реализуются, а также смежных с ПТС симптомокомплексов.
2. Несмотря на то, что пациенты с ПТС часто жалуются на боль, эффективность антидепрессантов с «противоболовыми» эффектами не демонстрируют преимуществ в отношении купирования ПТС.
3. Необходимо продолжительное лечение (не менее 6 месяцев).
4. Комбинированная психофармакотерапия в среднем в 3 раза эффективнее монотерапии тимоаналептиками или антипсихотическими препаратами.
5. Присоединение психотерапии повышает эффективность лечения в среднем в 1.3 раза.

Основные рекомендации по терапии разных вариантов ПТС представлены в таблице 2 (Фильц А.О., 1993; Буренина Н.И., 1997; Смулевич А.Б., 2009, 2014; Романов Д.В., 2014; Фофанова Ю.С. и соавт., 2018).

Таблица 2. Лечение разных вариантов ПТС.

ВАРИАНТ ПТС	ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ	ПСИХОТЕРАПИЯ
<b>Тесная гиперпатия</b>	Ноотропы, ноотрофы, антидепрессанты со стимулирующим действием (e.g., флуоксетин, сертралин, дулоксетин, милнаципран).	Поддерживающая, эффективна при реактивных состояниях
<b>Простые алгии</b>	Антидепрессанты в комбинации с	Когнитивно-

	транквилизаторами или «малыми» нейролептиками (низкие дозы флупентиксола, сульпирида, тиоридазина, алимемазина).	поведенческая терапия, эффективна
<b>Конверсии</b>	Антидепрессанты в комбинации с нейролептиками (замещенные бензамиды в низких/средних дозах, кветиапин в низких дозах) и транквилизаторами.	Поддерживающая, умеренно эффективна при реактивных состояниях
<b>Телесные фантазии</b>	Антидепрессанты в комбинации с нейролептиками (замещенные бензамиды в средних/высоких дозах, кветиапин в низких/средних дозах) и транквилизаторами.	Поддерживающая, малоэффективна, только при реактивных состояниях
<b>Сенестопатии, сенестезии, кознестезии</b>	Нейролептики (кветиапин, сульпирид в высоких дозах, галоперидол, пр.) в сочетании с антидепрессантами и транквилизаторами.	Почти неэффективна
<b>Галлюцинации</b>	Нейролептики (кветиапин, галоперидол, трифлуоперазин, пр.) в комбинации с транквилизаторами и/или антидепрессантами.	Неэффективна

Учитывая то, что телесная гиперпатия и простые алгии развиваются преимущественно в рамках тревожно-аффективной патологии, основным классом препаратов, используемых в лечении пациентов с данными ПТС, являются антидепрессанты (Фильц А.О., 1993; Смулевич А.Б., 2014; Фофанова Ю.С. и соавт., 2018), среди которых рекомендуется отдавать предпочтение препаратам класса СИОЗС, что диктуется их преимуществами в отношении переносимости (в том числе за счет меньшей выраженности антихолинергических и кардиотоксических эффектов) и удобстве применения (простоте приема, возможности начать с терапевтической дозы) (Stahl S.M.,

2008). Нейролептические препараты в малых используются в качестве адьювантной терапии для коррекции тревоги, ипохондрии, нарушений сна, а также как вегетостабилизирующие средства (Волель Б.А., 2009; Смулевич А.Б., 2014; Собенников В.С. и соавт., 2015; Фофанова Ю.С. и соавт., 2018). У пациентов с этими вариантами ПТС наиболее эффективны психотерапевтические сессии с применением когнитивно-поведенческих и поддерживающих методик.

В связи с выраженность тревожной симптоматики при конверсионных расстройствах в лечении ПТС в форме конверсий и истералигий особое значение имеют антидепрессанты с седативной активностью – флувоксамин, циталопрам, миртазапин, агомелатин и др. (Смулевич А.Б., 2014; Фофанова Ю.С. и соавт., 2018). Антипсихотики играют важную роль в терапии конверсий: наибольшую тропность к конверсионной симптоматике продемонстрировали препараты из группы замещенных бензамидов (сульпирид, тиаприд) в низких и средних терапевтических дозировках, которые способны обеспечивать также быструю редукцию ипохондрических образований и вегетативной дисфункции (Дробижев М.Ю., 2004; Stahl S. M., 2008; Завьялова Н.Е., 2013; Смулевич А.Б., 2014). Кроме того, применяются нейролептики с выраженным седативным эффектом (алимемазин, кветиапин в низких терапевтических дозах) в связи с их способностью (в дополнение к антиипохондрическому и вегетостабилизирующему действию) купировать устойчивую тревожную симптоматику и диссомнические расстройства (Stahl S. M., 2008; Смулевич А.Б., 2014; Фофанова Ю.С. и соавт., 2018). Поддерживающая психотерапия оказывается эффективной у пациентов с реактивным паттерном возникновения конверсионных ПТС (Фофанова Ю.С. и соавт., 2018).

В лечении телесных фантазий зачастую используют сходные с конверсиями тактики терапии. Тем не менее, учитывая превалирование более тяжелых регистров нозологических категорий, в рамках которых реализуются

телесные фантазии, в их терапии рекомендовано использовать более высокие дозы нейролептических препаратов (Буренина Н.И., 1997; Смулевич А.Б., 2009, 2014; Романов Д.В., 2014; Фофанова Ю.С. и соавт., 2018). Психотерапия у пациентов с телесными фантазиями, как правило, малоэффективна за исключением случаев психогенных расстройств (Фофанова Ю.С. и соавт., 2018).

Учитывая преобладание у пациентов с сенестопатиями, сенестезиями, коэнестезиями и телесными галлюцинациями диагностированных расстройств шизофренического спектра ведущая роль в их терапии принадлежит антипсихотическим препаратам (Волель Б.А., 2009; Смулевич А.Б., 2014). В случае соматопсихотической симптоматики особую эффективность продемонстрировали сульпирид в средних терапевтических дозах, кветиапин в низких/средних терапевтических дозах и галоперидол в низких терапевтических дозах (Дробижев М.Ю., 2004; Волель Б.А., 2009; Смулевич А.Б., 2014; Фофанова Ю.С. и соавт., 2018). Антидепрессанты применяют в качестве дополнительной терапии с осторожностью – с учетом способности некоторых тимоаналептиков со стимулирующими свойствами индуцировать психотическую симптоматику. Психотерапия при данных вариантах ПТС практически не эффективна (Фофанова Ю.С. и соавт., 2018).

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Каковы основные свойства простых алгий?
2. Чем конверсии и истералгии отличаются от сенестоалгий?
3. Чем телесные фантазии отличаются от сенестопатий?
4. Чем сенестезии отличаются от коэнестезий?
5. Какие симптомокомплексы входят в структуру соматопсихоза?
6. В рамках каких нозологических категорий наиболее часто реализуются простые алгии?
7. В рамках каких нозологических категорий наиболее часто реализуются сенестопатии?
8. В структуре какого синдрома наиболее часто возникает телесная гиперпатия?
9. Какому варианту ПТС присущи предметность и фантастический характер?
10. Назовите вариант ВТС, которому свойственны необычный, мучительный характер, диффузность и трудности описания?
11. В описании каких вариантов ПТС пациенты наиболее часто используют неологизмы?
12. Какому варианту ПТС наиболее свойственен реактивный характер и экзацербация на фоне усиления тревоги?
13. Какая группа антидепрессантов рекомендована к применению при лечении простых алгий?
14. Какая группа нейролептиков наиболее эффективна в лечении конверсий?
15. При каком варианте ПТС наиболее эффективна когнитивно-поведенческая терапия?
16. В каких случаях показана поддерживающая психотерапия при конверсиях?
17. Какие антипсихотики наиболее эффективны в терапии соматопсихотических симптомов?

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 1993. – С. 225-237.
2. Андриющенко, А.В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия): дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2011. – 384 с.
3. Буренина, Н.И. Патологические телесные сенсации в форме телесных фантазий (типология, клиника, терапия): Автореф. дис. канд. мед. наук – М., 1997. – 23 с.
4. Волель, Б.А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия). дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2009. – 448 с.
5. Гиляровский, В.А. Сомато-психические реакции и состояния / В.А. Гиляровский // Старые и новые проблемы психиатрии. – М., 1946. – С. 104-108.
6. Дробижев, М.Ю. Сульпирид: механизм действия и возможности клинического использования / М.Ю. Дробижев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 173-179.
7. Завьялова, Н.Е. Возможности применения сульпирида в терапии непсихотических депрессивных расстройств в рамках инволюционной истерии / Н.Е. Завьялова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 2. – С. 50-56.
8. Иванов, С.В. Соматоморфные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия: Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 1993. – 39с.

9. Ипохондрия и соматоформные расстройства / под. ред А.Б. Смулевича. – М., 1992. – 175 с.
10. Карлов, В.А. Лицевая боль: лекция / В.А. Карлов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – № 5. – С. 90-100.
11. Колюцкая, Е.В. Амбулаторная терапия шизофрении (опыт использования кветиапина) / Колюцкая Е.В., Ильина Н.А. // Русский медицинский журнал. – 2010. – Т.18, № 9. – С. 602-607.
12. Краснов, В.Н. Депрессии в общемедицинской практике / В.Н. Краснов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 5. – С. 181-183.
13. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина. – 2011. – 432 с.
14. Крылов, В.И. Психопатология телесной перцепции / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 11, № 2. – С. 15-20.
15. Лебедева, В.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика коморбидных с соматической патологией психических расстройств у больных территориальной поликлиники / В.Ф. Лебедева, В.Я. Семке // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. - № 3. – С. 61-63.
16. Лебедева, В.Ф. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспекты): Автореф. дис. докт. мед. наук. – Томск, 2007. – 48 с.
17. Парпара, М.А. Шизотипическое расстройство с сенестопихондрическим синдромом (место сульпирида в терапии). М.А. Парпара, А.Е. Бобров // Медицинский совет. – 2014. – Т. 5. – С. 64-69.
18. Романов Д.В. Психические расстройства в дерматологической практике (психопатология, эпидемиология, терапия): Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 1993. – 45с.
19. Ромасенко, Л.В. Истерия и её патоморфоз: Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 1993. – 31 с.

- 20.Смулевич, А.Б. Астения и коморбидные психические расстройства / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2009. – № 4. – С. 4-7.
- 21.Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2003. – 425 с.
- 22.Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине. – М.: МИА, 2001. – 253с.
- 23.Смулевич, А.Б. Дифференцированная терапия при депрессиях и коморбидной патологии / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3, № 3. – С. 3-7.
- 24.Смулевич, А.Б. К проблеме алгопатических состояний / А.Б. Смулевич, А.О. Фильц, М.О. Лебедева // Ипохондрия и соматоформные расстройства: сборник / под ред. А.Б. Смулевича. – М.,1992. – С. 40-59.
- 25.Смулевич, А.Б. Лекции по психосоматике / Под редакцией академика РАН А.Б. Смулевича. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. — 352 с.
- 26.Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 36-40.
- 27.Смулевич, А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
- 28.Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А.Б.Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 2 – С. 36-40.
- 29.Смулевич, А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М: МИА, 2012. – 336 с.
- 30.Смулевич, А.Б. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели) / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, А.О. Фильц, И.В. Морковкина // Ипохондрия и соматоформные расстройства: сборник / под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1992. – С. 8-17.

31. Снежневский, А.В. Руководство по психиатрии: В 2-х т. / Под ред. А. В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983 – 489 с.
32. Собенников, В.С. Соматизация и соматоформные расстройства / В.С. Собенников. – Иркутск, 2014. – 304 с.
33. Собенников, В.С. Соматизированная депрессия и тревога при разном типе течения аффективного заболевания / В.С. Собенников, М.Л. Прокопьева, В.В. Собенникова, Е.В. Винокуров // Психические расстройства в общей медицине. – 2015. – № 4. – С. 4-8.
34. Собенников, В.С. Соматоформные, депрессивные и тревожные расстройства (клинико-психопатологическое и статистическое исследование коморбидных состояний): Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 2001. – 36 с.
35. Тиганов, А.С. Место соматоформных расстройств в классификации психических болезней / А.С. Тиганов // Ипохондрия и соматоформные расстройства: сборник / под. ред. А.Б.Смулевича. – М., 1992. – С. 3-4.
36. Фильц, А.О. Проблема небредовой ипохондрии: Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 1993. – 49 с.
37. Фофанова, Ю.С. Патологические телесные сенсации в челюстно-лицевой области: этиология и подходы к терапии. / Ю.С. Фофанова, В.Э. Медведев, В.И. Фролова, Н.Л. Зуйкова, А.Ю. Дробышев. // Психическое здоровье. – 2018. – № 5 (Т. 16). – С. 62-70.
38. Эглитис, И.Р. Сенестопатии / И.Р. Эглитис. – Рига: Зинатне, 1977. – 184 с.
39. Якубик, А. Истерия: психиатрические, психологические, культурные аспекты. Модель развития истерии. – М.: Медицина, 1982. – 224 с.
40. Berrios, G.E. Symptoms – historical perspective and effect on diagnosis / G.E. Berrios, J.S. Marcova // Psychosomatic Medicine. – Philadelphia, 2006. – P. 27-38.

41. Bridges, K.W. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care / K.W. Bridges, D.P. // Goldberg Journal of Psychosomatic. – 1985. – V. 29, S. 6. – P. 563-569.
42. Huber, G. Coeneticische schizophrenie / G. Huber //. – 1957. – V. 25, № 9. – P. 491-520.
43. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic / A.M. Van Hemert [et al.] // Psychological Medicine. – 1993. – V. 23. – P. 17-20.
44. Stahl, S.M. Essential psychopharmacology. Neuroscientific basis and practical applications / S.M. Stahl. – 2nd edition. – New York: Cambridge University Press, 2008. – 601 p.
45. Violon, A. Psychological determinants of chronic pain syndromes / A. Violon // Data Newrol. – 1987. – S. 38. – P. 74-86.